เอกสารหมายเลข ๔

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงานตึกผู้ป่วยในเด็ก

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผลความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลาความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	ต่อเติมบริเวณเด็กเล่น	๑	งาน	๑๕๐,๐๐๐	๑๕๐,๐๐๐			/	บริการผู้ป่วย			/	

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
(นางวารี โฆสิต)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
(นางชนิษฐ์นาฏ จุรีมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

เอกสารหมายเลข ๔

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน ตึกผู้ป่วยในหญิง W๑

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	ปรับปรุงห้องน้ำรวมสองฝั่ง	๒	จุด									/	
	(เพิ่มราวจับ,ที่แขวนIV)												
๒	ติดตั้งผ้าม่านห้องผู้ป่วยศัลยกรรม	๑	งาน									/	
๓	ปรับปรุงห้องพิเศษ ๔,๕	๒	ห้อง									/	
๔	ซ่อมแซมมุ้งลวด	๑											/
๕	ขัดพื้นหินอ่อนทั้งตึก	๑											/
๖	ทาสีตึกใหม่	๑											/
๗	เปลี่ยนหลอดไฟฟ้าเพิ่มแสงสว่างทั้งตึก	๑	งาน									/	

ลงชื่อ.....(หัวหน้างาน)
(นางยวนจิต ภักตะภา)

ลงชื่อ.....(หัวหน้าฝ่าย)
(นางชนิษฐ์นาฏ จุรีมาศ)

ลงชื่อ.....(ผู้อนุมัติ)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

เอกสารหมายเลข ๔

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน ไตเทียม

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	ก่อสร้างตึกไตเทียม	๑	งาน	๑,๐๐๐,๐๐๐	๑,๐๐๐,๐๐๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	/	

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
(นายชาญชัย พิมดี)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
(นางชนิษนาฎ จุรีมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

เอกสารหมายเลข ๔

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน ทันตกรรม

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผลความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลาความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เดินท่อน้ำกรอง	๑	งาน		๐			/	ไม่สะดวกบริการ			/	
๒	ม่านบังแดด มู่ลี่ เหล็ก	๑	งาน		๐			/	แดดส่องคนไข้			/	
๓	ม่านห้องน้ำชาย มู่ลี่	๑	งาน		๐			/	บังเวลาปัสสาวะ			/	

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

๕๗

เอกสารหมายเลข ๔

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน บริหารงานทั่วไป

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผลความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลาความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	ทาสีซ่อมแซม ห้องพักพยาบาลขนาด ๒๔ ห้องหลังที่ ๒	๑	งาน		๐							/	
๒	ซ่อมแซมบ้านรับรอง ๒ หลัง (ระดับ ๓-๔) บ้านพักแพทย์	๑	งาน		๐							/	
๓	ปรับปรุงหลังคาที่จอดรถบ้านพักแพทย์	๑	งาน		๐							/	
๔	ซ่อมแซมบ้านพัก ระดับ ๕-๖ (ศรัณญาเดิม)	๑	งาน		๐							/	
๕	ซ่อมแซมห้องพักพยาบาล ขนาด ๒๔ ห้อง	๑	งาน		๐							/	
๖	ระบบรวบรวมน้ำเสีย ตึกพัสดุและตึกสนับสนุนกลาง	๑	งาน		๐							/	

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
(นายเวียงสมัย ประจัญศรี)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
(นายเวียงสมัย ประจัญศรี)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

เอกสารหมายเลข ๔

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงานประกันสุขภาพและเวชระเบียน

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ อนุมัติ	หมายเหตุ ไม่อนุมัติ
๑	ขยายห้องเวชระเบียน	๑						/	-เนื่องจากห้องเดิมมีความคับแคบ ทำให้ไม่มีพื้นที่ในการจัดเก็บเอกสาร				/
๒	ขยายห้องเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยใน	๑						/	-เนื่องจากห้องเดิมมีความคับแคบ ทำให้ไม่มีพื้นที่ในการจัดเก็บเอกสาร				/
๓	ตัดช่องกระจกห้องเวชระเบียน	๑	งาน		๐			/	-เนื่องจากห้องเดิมมีความคับแคบ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับผู้รับบริการได้			/	
					๐				ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับผู้รับบริการได้				
๔	หลอดไฟนีออนห้องบัตร	๑					/		-เนื่องจากหลอดเดิมมีการใช้งานเป็นเวลานานไม่ได้ปิด				/
๕	ห้องศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ	๑						/	-ตามมาตรฐานศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพต้องมีห้องเป็นสัดส่วน				/
									ขนาดไม่น้อยกว่า ๑๐ ตารางเมตร มีชุดรับแขกที่นั่งสบาย				
									มีเครื่องปรับอากาศ และอุปกรณ์ที่จำเป็นครบถ้วน				
๖	ห้องเก็บของ	๑						/	-งานประกันสุขภาพไม่มีห้องเก็บของและเอกสารสำคัญ				/
๗	ห้องเวชระเบียน บิ้วอิน ตู้จะจก	๑	งาน		๐							/	

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
(นางอารยา ธรณี)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

๐๗

เอกสารหมายเลข ๔

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน ผู้ป่วยนอก OPD

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	ปรับปรุงห้องน้ำผู้ป่วยและห้องน้ำผู้พิการ	๗	ห้อง		๐				-ชำรุด กระเบื้องพื้นและผนังหลุด			/	
๒	จัดทำป้ายห้องบริการต่างๆ	๑๒	จุด		๐				-ของเดิมไม่เป็นปัจจุบันและไม่สวยงาม			/	
๓	อ่างล้างมือห้องตรวจศัลยกรรม	๑ ชุด							-ไม่มีอ่างล้างมือหลังทำหัตถการ				/
๔	ซ่อมแซมเตียง PV บุนวม	๑	งาน		๐							/	ส่งซ่อม

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
(นางศรัณญา แก้วคำลา)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
(นางชนิษฐ์นาฏ จุรีมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

เอกสารหมายเลข ๔

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงานงานงานการแพทย์แผนไทย

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	เผน /โครงกา (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	ซ่อมหลังคาอาคารผลิตยาสมุนไพร	๑	จุด	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐			๑	ทำทุกปีแก้ไขไม่ได้(ต้องผ่านGAP)			/	

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)
(นางเจียมจิตต์ ธุระกิจ)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)
(พญ.ประภัสสร แจ่มนภา)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

เอกสารหมายเลข ๔

แบบสำรวจความต้องการงานก่อสร้าง / ปรับปรุงต่อเติม (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน เภสัชกรรมชุมชน

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ อนุมัติ	หมายเหตุ ไม่อนุมัติ
๑	งานกั้นผนังอลูมิเนียม+กระจก substock ด้านใน ขนาด ๑๐ ตรม. รวมประตูเลื่อน ๑	๒๐ ตรม.		๑๕๐๐	๓๐๐๐๐				-รักษาอุณหภูมิความชื้นและ	มาตรฐาน ระบบยา	เพื่อพิจารณา อยากให้ได้ ตามมาตรฐาน		/
									เพื่อปิดล็อกและเปิดเป็นเวลาตามมาตรฐาน				
๒	ต่อเติมชั้นยาน้ำโดยกั้นเพิ่มให้เป็น ๕ ชั้น	๑	งาน		๐				-ชั้นยาห่างเก็บยาได้น้อย	๕ส/ระบบยา	ไม่ด่วน	/	
									และเพื่อเก็บถาดยาพ่นซึ่งปัจจุบันวางซ้อนไว้ด้านบนแอร์				

ลงชื่อ.....(หัวหน้างาน)
(นางศิริญา แสงเส้น)

ลงชื่อ.....(หัวหน้าฝ่าย)
(นายปิยเชษฐ์ จตุเทน)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)
(นางปิยนาถ แก้วบัวพันธ์)
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ